

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BASURTO	BASURTO	MARIA DOLORES	06	07	1983	42 años, 4 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313010389	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SN y	097-944-1140 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1313010389	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	11	28
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 42 AÑOS DE EDAD CON APP DE HTA EN TTO CON TELMISARTAN 80MG/AMLODIPINO 10MG VO QD 8 PM + CLORTALIDONA 50 MG 8 AM PACIENTE CON VALORES DE TENSION ARTERIAL OPTIMAS, AL MOMENTO NO PRESENTA SINTOMAS CARDIACOS, NIEGA SINTOMAS NEUROLÓGICOS, NO PRESENCIA DE EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES. PACIENTE EN CONTROL CON ESPECIALIDAD DE CARDIOLOGIA EN LA CUAL ACTUALMENTE SOLICITA REFERENCIA POR MOTIVO DE QUE EN HOSPITAL LE BRINDAN MEDICACION DE CONSUMO DIARIO (NO DISPONE DE SITUACION ECONOMICA PARA DISPENSARLA DE MANERA PARTICULAR)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMENES DE LABORATORIOS EN AGENDAMIENTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CARDIORRENAL HIPERTENSIVA, NO ESPECIFICADA	I139		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-28	08:48	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha		
			/				
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area		día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-28	08:48	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	